登 録 医 申 請 書

北九州市立医療センター院長様

(医療連携室 FAX:093-533-8718)

ルキルナウ医療 5×4 - 明妆店庁笠井同利田登録医の登録と中誌します。

| 北九州市立医療センター開放病床等共同利用登録医の登録を申請します。 | | | | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------------|------|---|---|---|--------|
| フリガナ 氏名 | | | 男女 | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関 | 名称 | | | | 1 | | | |
| | 所在地 | (〒 −) | | | | | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | | | | | |
| | 標榜診療 科目 | 主な診療科目、4つ以内とします。 | | | | | | |
| ホームページ、病院内の掲示板及びデジタルサイ ネージに「医療機関名、所在地、電話番号、診療 科目」の掲示を予定しております。どちらかに丸 印をつけてください。 | | | | | | | | |
| * 医籍 | 登録番号 | 第 号 | * 登録年 | 月日 | | 年 | 月 | 日 【 |
| * 麻薬使用者 免許有無 | 有(第 | 号)・無 | * 保険医 登録番 | | | | | |

- *この部分は、省略可。必要が生じた場合は、お尋ねをいたします。
- ※メールアドレスの記入をお願いします。

| ※登録番号 | 第 号 | ※登録年月日 | 年月日 |
|-------|-------|--------|-----|
|-------|-------|--------|-----|

※は記入しないでください。